

**Traitement de l'Endocardite
rhumatismale constituée
par le salicylate de soude
en administration prolongée
par voie veineuse**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 12 Mars 1944

par

MARIUS BONNETON

Interne des Hôpitaux de Sète

Né le 25 Mars 1920 à Sète (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS	{	MM. JANBON, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
DE LA THÈSE		PUECH, professeur,		
		HARANT, agrégé.		
		Dr LAFON, chargé d'agrégation.)		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

1944

Traitement de l'Endocardite rhumatismale
constituée par le salicylate de soude
en administration prolongée
par voie veineuse

**Traitement de l'Endocardite
rhumatismale constituée
par le salicylate de soude
en administration prolongée
par voie veineuse**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 12 Mars 1944

par

MARIUS BONNETON

Interne des Hôpitaux de Sète

Né le 25 Mars 1920 à Sète (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. JANBON, professeur, <i>Président</i> . PUECH, professeur, HARANT, agrégé. Dr LAFON, chargé d'agrégation.	{	<i>Assesseurs</i>
-----------------------------	---	---	---	-------------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE-ROUGE)

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
.....	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
.....	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ÉTIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQ UE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie.....	MONNIER <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuber- culose.....	VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie	CARRÈRE <i>agrégé</i> .	Pathologie chirur. ...	MOURGUE-
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .		MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i> .		TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim....	GUIBAL, <i>agrégé</i> .
.....	BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements ...	CADERAS
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .		de KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique des malad. contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT		
—	BERT		GUIBAL
—	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>		ROUX
Chimie.....	MONNIER.	Urologie	TRUC
Bactériologie ...	CARRÈRE.	Accouchements....	CADERAS
Hist. nat. médic.	HARANT.		DE KERLEAU



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

*Qu'ils trouvent ici le témoignage
de ma reconnaissance et de mon
affection.*

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JANBON

Professeur de Thérapeutique et Matière Médicale

A MON JURY DE THÈSE :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

Professeur d'hydrologie et Climatologie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARANT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFON

Chargé d'agrégation

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE SÈTE

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
Chirurgien-Chef

MONSIEUR LE DOCTEUR BOREL
Médecin-Chef

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIRAUDEN
Médecin-Chef de la Maternité

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLLARD
Médecin-Chef de la Clinique de Vénérologie
et O.R.L.

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIÉ
Chirurgien-Adjoint de l'Hôpital

INTRODUCTION

Parmi les entités cliniques les plus nettement individualisées, il convient de placer le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud.

Tous les auteurs anciens ont décrit avec beaucoup de détails et avec insistance, les caractères bien nets des manifestations articulaires généralisées, mobiles, transitoires, curables, n'aboutissant ni à l'ankylose ni à la suppuration.

Cependant ils notaient simplement l'existence de lésions cardiaques, sans autrement s'appesantir sur l'importante fréquence qu'elles avaient par rapport aux atteintes articulaires.

Pour BOUILLAUD, lui-même qui devait pourtant donner son nom à cette maladie, les manifestations cardiaques n'étaient qu'une « coïncidence fatale dans les formes aiguës, franches, généralisées du mal rhumatismal. »

On ne saurait, à l'heure actuelle considérer la manifestation articulaire comme la manifestation principale et les déterminations viscérales (atteignant le

cœur, la plèvre, les poumons) comme des complications. Celles-ci font partie intégrante de la maladie, au même titre que les manifestations articulaires.

Elles peuvent même exister sans celles-ci ou les précéder. En effet, ce qui donne à cette maladie son caractère de gravité, ce qui en fait un véritable mal social, ce ne sont pas les atteintes articulaires, mais les atteintes viscérales et avant tout les atteintes cardiaques qui font du sujet atteint de la maladie de Bouillaud, un véritable déficient du cœur portant sa tare jusqu'à la fin de ses jours.

Qui ne connaît l'aphorisme célèbre de LASÈGUE sur cette maladie qui « lèche les articulations mais mord le cœur », après lui, l'étude des lésions cardiaques fut complétée par VAQUEZ puis PICHON qui individualisèrent le véritable rhumatisme évolutif.

I. ÉTUDE DES LÉSIONS CARDIAQUES

La maladie évolue capricieusement, par poussées en frappant les trois tuniques :

- *Péricarde,*
- *Myocarde,*
- *Endocarde,*

L'endocardite étant la lésion la plus fréquente, associée presque constamment à une myocardite plus ou moins importante.

L'apparition de cette lésion n'est le plus souvent dépistée qu'à l'auscultation journalière et systématique du cœur.

Etudiée par POTAIN, souvent annoncée par l'éclat du deuxième bruit à l'orifice pulmonaire, elle se traduit par l'assourdissement des bruits :

- 1^{er} bruit à la pointe,
- puis :
- 2^e bruit à la base,

Les lésions organiques sont alors constituées dont le souffle qui est apparu en est le témoignage.

Les valvules sont alors touchées, le plus souvent la mitrale que les valvules aortiques, plus rarement celles du cœur droit.

Anatomie pathologique.

L'endocardite rhumatismale est une endocardite verruqueuse ou végétante. Les végétations occupent le bord libre des valvules qui est en contact avec le courant sanguin. Pendant l'occlusion valvulaires, les valves s'adosent sur une certaine étendue de leur face interne, voisine du bord libre, c'est précisément sur cette partie de la valvule que les végétations se localisent de préférence, soit parce qu'elle est ainsi exposée à une irritation incessante, soit parce que cet adossement répété favorise la pénétration des agents infectieux (BAUMGARTEN).

Autour des végétations on trouve des caillots fibrineux plus ou moins adhérents. Des débris de végétations ou de caillots détachés et emportés par le courant sanguin peuvent à distance, constituer des embolies artérielles. Il peut exister en outre des végétations pariétales sur les parois du ventricule ou de l'oreillette.

Ces végétations gênent l'affrontement des valves et diminuent la lumière qu'elles laissent entre elles. Ainsi se trouve réalisé dès la période aiguë un certain degré d'insuffisance et de rétrécissement que la rétraction des valves et la soudure de leurs bords libres au voisinage de leur insertion réaliseront bien mieux par la suite.

II. LE SALICYLATE DE SOUDE ET LES LÉSIONS D'ENDOCARDITE

Un facteur qui tend à individualiser le rhumatisme articulaire aigu, à le singulariser, c'est l'action de choix exercée par le salicylate de soude sur les phénomènes articulaires.

En effet, après des prises répétées, par voie orale, on voit peu à peu la douleur diminuer, la température s'abaisser. Mais quel est son effet sur les manifestations cardiaques ?

Ici, nous assistons à une controverse qui, aujourd'hui encore est loin d'être close.

Pour la plupart des auteurs, l'endocardite rhumatismale constituée était considérée comme une affection bien établie, sans chances de rétrocession dont le malade devait porter la tare toute sa vie après une stabilisation plus ou moins précaire.

A la suite d'HUTCHINSON qui fut un des premiers à contester l'efficacité du salicylate de soude sur les cardiopathies de la maladie de Bouillaud, un certain nombre d'auteurs, dont le Professeur NOBECOURT ont divulgué cette opinion.

Un rapport rédigé par HUREZ, conclut à l'action

spécifique du médicament sur les atteintes articulaires et plus généralement sur les atteintes séreuses, pleurésie péricardite, quant à son action sur les cardiopathies rhumatismales il la considère comme nulle sur les séquelles, extrêmement minime sur les cardiopathies évolutives.

Or, dans l'emploi d'un médicament, il est deux choses de première importance, c'est la façon dont on en use, et la voie par laquelle on l'administre. Tel médicament inactif ou peu actif par telle voie verra son action considérablement amplifiée ou même totalement changée si une autre voie est utilisée.

De même alors que pour certains corps une seule prise donnera l'effet désiré, pour d'autres il faudra répéter inlassablement l'administration quotidienne pour aboutir à un résultat satisfaisant. Tel est le cas du salicylate de soude dans deux observations que nous publions ci-dessous.

Ces deux observations, prises dans le service de Monsieur le Professeur JANBON et qui ont fait l'objet de communications permettent d'établir sans conteste, l'efficacité du salicylate de soude administré par voie endoveineuse dans les cas d'endocardite rhumatismale bien caractérisée.

III. — ETUDES CLINIQUES.

Première observation.

Faite du mois d'Août au mois d'octobre 1940, elle concerne un soldat de vingt ans, Antoine G... dont c'était la première atteinte de la maladie de Bouillaud. L'évolution d'abord très sévère fut suivie d'une terminaison particulièrement favorable.

Le malade est vu neuf jours après une atteinte polyarticulaire avec poussées fébriles. D'abord discrètes, les manifestations articulaires augmentent vers le 13^e jour, puis s'atténuent et disparaissent. Par contre, l'atteinte cardiaque, constatée dès le premier examen s'aggraverait peu à peu avec un maximum d'intensité du 19^e au 30^e jour.

A l'entrée :

Bruits du cœur sourds, pouls lent 44-52 pour une température de 38°2 à 39°4 dicrote quelques extrasystoles. T.A. basse.

Dans les jours suivants on observe :

1) A la base, au foyer aortique : un double souffle.

Dès le 11^e jour : 1^{er} bruit soufflant, le 2^e feutré.

12^e jour : souffle systolique.

13^e jour : » » » » avec en plus, un léger souffle diastolique.

Le 14^e jour l'existence d'un double souffle est indiscutable. Fixe avec les changements de position, avec irradiation verticale.

Le souffle diastolique deviendra peu à peu prédominant. Il s'atténuera vers le 25^e jour pour disparaître le 36^e.

2^o) A la pointe un souffle systolique très distinct du souffle de la base avec légère irradiation axillaire, invariable par les changements de position. Apparaît au 15^e jour pour disparaître au 27^e.

3^o) Une péricardite : gros frottements de cuir neuf dès le 11^e jour avec algies précordiales, puis atténuation des frottements, élargissement de la matité et voussure de la cage thoracique. Augmentation de l'aire cardiaque constatée par un examen radiologique. Ce qui dénoterait un épanchement probable.

Elle évolue en rétrocedant, sans ponction, parallèlement aux signes endocardiques.

4^o) Des troubles du rythme : arythmie extrasystolique, phase de bradycardie jusqu'au 28^e jour, puis instabilité cardiaque avec tachycardie. Pouls 124, température 37^o.

5^o) Enfin un tableau d'insuffisance cardiaque d'allure grave, au maximum du 20^e au 30^e jour. La tension artérielle baisse : 7-3,5. Dyspnée des bases, épanchement pleural droit, gros foie douloureux.

L'état général fait entrevoir une issue rapidement défavorable. Cependant vers le 30^e jour, la situation se stabilise puis s'améliore peu à peu. Au 70^e jour, le malade quitte le service ne présentant qu'un peu de dyspnée et de l'éréthisme cardiaque.

Revu trois mois plus tard, en Janvier 41, le cœur est régulier, les bruits bien frappés.

Le traitement salicylé a été fait d'emblée par les deux voies orale et endoveineuse à la dose de 10 gr. par jour dont 2 grammes par injections qui ont été maintenues pendant 43 jours, le salicylate de soude per os étant maintenu jusqu'au 68^e jour.

Observation II.

Faite du mois de juin au mois d'octobre 1942, elle concerne une fillette de 8 ans, *Catherine G...* Ses antécédents ne présentent rien de notable, lorsque au début de juin 1942 elle éprouve de la fatigue, une fièvre qui atteint 40°, a un vomissement. La fièvre persistant, on la considère atteinte d'infection intestinale.

Le 16 juin, elle entre dans le service du Professeur JANBON.

Amaigrie, pâle, elle présente un épanchement pleural droit avec une température de 39°. Le lendemain, épanchement pleural gauche, puis syndrome péritonéal douloureux avec contracture de défense généralisée à tout l'abdomen, mais prédominant nette à droite. Cette réaction péritonéale ne persiste que 2-3 jours, mais la fièvre reste aux environs de 39°, le pouls entre 110-120. L'ensemble donne l'impression d'un syndrome de Fernet-Boulland.

Les résultats des premiers examens pratiqués sont les suivants :

Liquide pleural : citrin, Albumine 38 gr. par litre 6 gr. 20 de chlorures par litre avec cytologie mixte 58 polynucléaires, 34 lymphocytes, 8 cellules endothéliales p. 100.

Globules rouges : taux normal.

Globules blancs : 12.000, polynucléaires 66%.

Cuti-réaction tuberculinique négative.

Le 22 juin (22 jours de maladie) on constate :

Un souffle systolique mitral, souffle de la pointe à propagation axillaire. L'enfant se plaint à la mobilisation du bras droit vers le 18 juin. Ces deux signes amènent à rectifier le diagnostic.

De plus, un examen radiologique, fait le 22 juin, montre un cœur agrandi dans tous ses diamètres.

Le traitement salicylé est mis en œuvre le 24 juin : 8 gr. per os, la fièvre s'abaisse en 24 h. à la normale, puis remonte 5 jours plus tard. Mais les signes cardiaques et pleuraux ne sont pas influencés. A partir du 27 juin, on adjoint une injection intraveineuse quotidienne de 1 gr., puis 2 injections par jour. Les épanchements pleuraux cèdent à la fin du mois.

Le traitement salicylé est maintenu par la double voie orale et intraveineuse et est poursuivi pendant les mois de juillet, août et septembre.

Un examen radiologique fait le 1^{er} juillet révèle une réduction de volume du cœur qui reste cependant au-dessus de la normale. La distension portant à la fois sur le cœur droit et le cœur gauche.

— Electrocardiogramme :

prépondérance ventriculaire droite.

Onde T presque inapparente et bifide.

— Phonocardiogramme :

Souffle holosystolique de la pointe à propagation axillaire et basilaire.

Cliniquement le souffle mitral conserve ses caractères de souffle organique, immuable. Pouls à 120.

En mi-juillet la tachycardie baisse 100-110.

A partir du 30 juillet (60^e jour) le souffle mitral

s'atténue peu à peu, vers le 7 août, sa zone de perception se réduit. Le pouls s'abaisse à 90-80.

En septembre l'amélioration se précise. Les bruits du cœur sont nets. Il reste un léger souffle post-systolique qui disparaît peu à peu. Electrophonocardiogramme normal.

Le 17 septembre, 109^e jour, l'auscultation ne révèle plus aucune anomalie.

Le traitement salicylé a duré du 23^e jour au 115^e jour de la maladie, avec injection intraveineuse 2 fois par jour pendant 75 jours. Sortie du service, l'enfant a été soumise au traitement salicylé mensuel, 4 gr. par jour per os, pendant 10 jours par mois. Revue, 8 jours plus tard, en juin 1943, l'auscultation du cœur s'est révélée sans la moindre anomalie.

Radiologiquement : aire cardiaque normale.

Electrocardiogramme : normal.

Commentaire.

En analysant les deux cas présentés ici, nous voyons que nous nous trouvons, chez ces deux malades, en présence de lésions d'endocardite, bien constituées et prouvées.

En effet, chez tous les deux nous observons la présence d'un souffle mitral présentant des caractères formels d'organicité.

Si la clinique nous révèle sans conteste l'atteinte de l'endocarde, les épreuves de laboratoire ne font que nous confirmer dans cette opinion.

La radiographie nous montre l'atteinte globale du cœur. C'est dans le deuxième cas, celui de la fillette

de huit ans que le fait est le plus caractéristique. A l'écran nous pouvons observer ce grand cœur rhumatismal si particulier, hypertrophié généralement.

Or, sous l'influence du traitement salicylé nous assistons à un amendement progressif de tous les troubles, pour aboutir en fin de compte à une guérison qui s'est maintenue :

- dans le premier cas depuis près de quatre ans ;
 - dans le second cas depuis près de deux ans.
-

IV. TRAITEMENT

Étudions avec plus de détail quelles furent les modalités employées.

Dans les deux cas envisagés, l'application du salicylate de soude avait été faite au début par voie buccale exclusivement.

Or, si les manifestations articulaires s'atténuaient rapidement, sous l'action du médicament, il n'en était pas de même des manifestations cardiaques qui se développaient peu à peu, malgré la prise quotidienne de salicylate per os donnant à la maladie son caractère de gravité.

On utilisa, alors, la voie endoveineuse, en raison de deux injections par jour de 1 gramme de salicylate chacune. La préparation employée était une solution de salicylate en milieu glycosé à 10% (préparation courante).

Au cours du traitement, on essaya de réduire la dose quotidienne par voie endoveineuse, à un gramme. On assista alors à une légère poussée thermique. Elle ne fut jugulée que par la reprise de deux injections par jour.

Il semble donc que la dose de deux grammes par jour représentait un optimum dans les deux cas présents.

Il est remarquable de noter qu'on ait pu pratiquer

chez une fillette de huit ans 129 injections de salicylate de soude en 75 jours consécutifs, sans sclérose veineuse.

En aucun cas on eut à signaler une intolérance quelconque au médicament ou des accidents d'intoxication, bien que l'application fut faite de façon continue, accidents qui, au moins en ce qui concerne l'intolérance, se produisent avec une fréquence très grande lorsque la voie buccale est employée ; l'estomac ne pouvant supporter des doses massives de médicament sans réagir par des nausées, suivies bientôt de vomissements, qui bien que n'ayant pas la gravité d'une intoxication véritable, n'en gênent pas moins la cure et obligent même à son abandon.

Point capital, sur lequel l'attention doit être attirée, c'est que pour arriver à un bon résultat, la cure doit être prolongée. Il ne s'agit pas en effet de faire quelques injections et de s'arrêter en escomptant la guérison. Cela conduirait à un échec certain.

Le traitement doit être poursuivi si l'on veut aboutir à la disparition des troubles cardiaques.

Dans les deux cas qui nous intéressent les injections furent prolongées dans le premier pendant 43 jours, dans le deuxième pendant 75 jours.

CONCLUSIONS

De l'examen des observations que nous avons présentées, en se basant sur des faits cliniques indiscutables, en se bornant comme nous nous l'étions proposé aux cardiopathies, il apparaît que la médication salicylée par voie endoveineuse en cure suffisamment prolongée (plusieurs mois) doit être appliquée à tous ces malades, tout au moins tant que la lésion conserve un caractère d'évolutivité.

Point n'est besoin d'utiliser de hautes doses, puisque on l'a vu, deux grammes injectés journellement ont abouti à un résultat certain chez les deux sujets, l'un âgé de vingt ans, l'autre de huit ans.

Trois règles inséparables doivent guider la conduite du traitement car ce sont elles qui constituent les conditions indispensables au succès de cette médication.

Ce sont :

- l'administration par voie endoveineuse,
 - la cure prolongée,
 - l'emploi de doses moyennement fortes.
-

Bibliographie

Prof. JANBON. — Communication à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier. (5^e Série 1940-1941.)

PICHON. — Le Rhumatisme Cardiaque évolutif et son traitement. (Thèse Paris 1924.)

BOURGET. — Endocardite infectieuse rhumatismale. (Thèse de Lyon 1940.)

DESCOURTEAUX. — Considérations sur le Rhumatisme articulaire aigu. (Thèse Paris 1932.)

ASTRE. — Cardiopathies rhumatismales. (Thèse Paris 1938.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	9
I. Étude des lésions cardiaques	11
II. Le salicylate de soude et les lésions d'Endocardite	13
III. Études cliniques :	
<i>Observation I.</i>	15
<i>Observation II.</i>	18
<i>Commentaire.</i>	20
IV. Traitement	23
Conclusions	25
Bibliographie	27

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Traitement de l'Endocardite rhu-
matismale constituée par le sali-
cylate de soude en administra-
tion prolongée par voie veineuse*

par Marius BONNETON

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 9 Mars 1944.

Le Professeur,

JANBON.

Vu :

Montpellier, le 10 Mars 1944.

Le Doyen .

GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 Mars 1944.

Le Recteur,

BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

